Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 50 — 20 Juin 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

UN SIGNE INSOLITE ET FUGITIF DE L'HYDRO-PNEUMOTHORAX DU COTÉ GAUCHE, par M. L. Galliard 293

LES VERTICULES ANORMAUX DE LA VÉSICULE BILIAIRE; CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE, par M. Dartigues. 294

ANALYSES

Anatomie et Physiologie : La structure des ganglions sympathiques chez l'homme et les mammifères, par M. Goutschenko 295

Médecine : Strumite aiguë à diplocoques de Frankel-Weichselbaum avec pneumonie secondaire métastatique, par M. Heddaeus. 295

Chirurgie : Un cas d'estomac en sablier guéri par une gastro-anastomose suivant le procédé de Wolfler, par M. Carl Lauenstein 295

Obstétrique et Gynécologie : Des déciduomes malins, par M. Nikiforoff 295

Ophtalmologie : Des injections sous-conjonctivales de sublimé, par M. Razivitsky 296

Thérapeutique et Matière médicale : Traitement de la tuberculose par la créosote et le gaïacol : opinion générale des médecins de la Crimée sur la valeur de la créosote, par M. Th. Schtanguéïff. — Critique de la pharyngothérapie, par M. R. Rayser. — Traitement de la méningite cérébro-spinale par les bains chauds, par M. A. Wolisch 296

Les laboratoires devant le Parlement, par M. P. Langlois CCXLIX

Traitement chirurgical du cancer du rectum, par M. Chaput. CCXLIX

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : De la cholédocotomie. M. Ricard. — Névralgie sciatique fémoro-fessière, d'origine variqueuse, traitée par la dénudation et la dissociation du nerf, M. Delagénière. MM. Championnière, Quénu. — Fracture de jambe vicieusement consolidée traitée par l'ostéotomie combinée à l'extension continue, M. Kirmisson. — Myxomes des ovaires, M. Potherat. — Fracture avec enfoncement du pariétal droit sans plaie du cuir chevelu : paralysie faciale et brachiale gauche ; trépanation ; guérison, M. Chevassu CCLI

Société médicale des hôpitaux : Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895, M. Sevestre. MM. d'Heilly, Sevestre, Netter. — Hémophilie chez une fillette de onze mois, M. Comby. — Contagion de la syphilis par un rasoir, M. Catrin. — Sable intestinal, M. Mathieu CCLII

Société anatomique : Rupture du cœur, M. Griffon. — Fracture du crâne avec grand fracas osseux. Mort tardive par lésion du trijumeau. M. P. Riche. — Sarcome du biceps crural. — Ostéo-sarcome secondaire, MM. Mermet et Lacour. — Fibromyome sous-péritonéal. Torsion du pédicule, M. Mermet. — Psammome de l'arachnoïde, M. Deguy. — Rétrécissement de la valvule ilio-cæcale, M. Deguy. — Cancer de l'estomac, M. Deguy. — Maladie osseuse de Paget, M. Léopold Lévi. — Hernie de l'appendice, M. Guinard CCLIII

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Sur un cas de dermatite herpétiforme de Duhring. Eosinophilie. M. Darier. — Rapport de la dermatite de Duhring et de l'érythème polymorphe, M. Leredde, M. Besnier. — Sur un ulcère perforant du voile du palais, M. Darier. MM. Du Castel, Barthélemy, Feulard, Fournier, Barthélemy. — Des artérites syphilitiques rétiniennes avec thromboses consécutives, M. Galezowsky. — Syphilis cérébro-spinale : méningo-myélite cervicale supérieure. Deux ictus aphasiques, M. Fournier. — Le calomel améliore-t-il le lupus ? ou bien exi te-t-il des pseudo-lupus syphilitiques ? M. Fournier, MM. Barthélemy, Besnier. — Sur quelques préparations arsenicales et leur emploi en pathologie. M. Danlos. MM. Motty, Besnier, Brocq. — Eléphantiasis des organes génitaux externes, consécutif à l'ablation des ganglions lymphatiques inguinaux, M. Georges Brouardel, MM. Darier, Brouardel, Du Castel. — Cas de sclérodermie circonscrite affectant la forme d'un placard avec prolongements, sous formes de stries anastomosées, vascularisées, M. Danlos. — Cas d'éruption érythémateuse bulleuse et croûteuse de la face de nature indéterminée, MM. Gaucher et Barbe. — Sur un nouveau cas d'amélioration considérable et durable d'un lupus par l'érysipèle, MM. Hallopeau et G. Bureau. MM. Thibierge, Hallopeau, Besnier. — Sur un nouveau cas de pseudopelade probablement trophonévrotique. MM. Hallopeau et G. Bureau. M. Sabouraud. — Deux cas de dyshidrose, M. Gastou. — Présentation de quelques cas de lupus traités par les caustiques chimiques, et note sur cette méthode de traitement. M. Martinet. M. Besnier. Syphilis maligne précoce, MM. Canuet et Barasch. — Syphilis maligne, M. Canuet. — Urticaire pigmentée, M. Eudlitz. M. Pringle. — Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé, M. Eudlitz CCLIII

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (2e Chirurgie). — Ont obtenu :

Séance du 17 Juin.

MM.		MM.	
Guillemin.	18	Jayle	17

Séance du 19 Juin.

MM.		MM.	
Rieffel.	18	Morestin	14

Concours des Hôpitaux (2e Médecine). — Ont été admissibles à l'épreuve clinique : 19 : MM. Bezançon, Le Noir, Thiroloix, Boulloche, Souques, Parmentier, Renault; 18 : MM. Bruhl, Gallois, de Gennes, Plicque, Teissier, Méry, Belin, Courtois-Suffit, Legry, Macaigne; 17 : MM. Hudelo, Berbez, Michel, Létienne, Laffitte, Brodier, Claisse, Lion G.-C., Lamy, Leredde.

Ont obtenu :

Séance du 13 Juin.

MM.		MM.	
Plicque	15	Legry.	18
Brodier	12	Macaigne	16
Bélier.	14	Boulloche	19
Bezançon	16	de Ge nes	19

Séance du 18 Juin.

MM.		MM.	
Hudelo	16	Lenoir	18
Méry	19	Michel	17

VICHY-CÉLESTINS

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

LA RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

HAMAMELIDINE LOGEAIS

NOUVELLES

Société de chirurgie de Paris. — *Ordre du jour de la séance du 24 Juin* : Discussion sur la cholédocotomie (fin), M. Quénu. — Discussion sur le traitement des fractures obliques du tibia, MM. Hennequin, Nélaton, Berger, Reclus. — Rapport sur le bouton anastomotique de M. Hagopoff, M. Chaput. — Communication : Nouveau procédé d'anastomose intestinale, M. Picqué.

Xe Congrès de chirurgie, 19-24 octobre 1896. — Le Xe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1896, sous la présidence de M. Terrier, membre de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Thérapeutique chirurgicale des pieds bots.* M. Forgue, de Montpellier, rapporteur ;

2° *Traitement des prolapsus génitaux.* M. Bouilly, de Paris, rapporteur.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

IIIe Congrès international de dermatologie, tenu à Londres, du 4 au 8 août 1896. — Les séances du Congrès auront lieu dans les salles d'examens du *Royal college of Physicians and Surgeons*, Victoria Embankment.

PROGRAMME : *Mardi 4 août :* Discussion sur le prurigo.
Mercredi 5 août : Étiologie et variétés des kératoses ; réinfection syphilitique.
Jeudi 6 août : Durée de la période contagieuse de la syphilis ; teignes et tricophytoses.
Vendredi 7 août : Rapports de la tuberculose avec d'autres dermatoses que le lupus vulgaire. De la syphilis maligne.

Les médecins qui désirent prendre part au Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion dès maintenant et de payer le plus tôt possible.

Le secrétaire général du Congrès est M. Pringle, 23, Lower Seymour Street, Portman Square, Londres.

M. Henri Feulard, Paris, 20, rue Saint-Georges, secrétaire correspondant pour la France, se charge de réunir les adhésions et de les transmettre au comité d'organisation.

VARIÉTÉS

Docteurs reçus par les Universités allemandes en 1894-1895. — Les vingt Universités de l'Empire d'Allemagne ont délivré, pendant l'année scolaire 1894-1895, 1,199 diplômes de docteur en médecine. Ce nombre était de 1,175 pendant l'année scolaire 1893-1894. Comme pour la France, la progression continue. Les Facultés françaises ont délivré 919 diplômes en 1893-1894, et 969 en 1894-1895.

Voici la répartition des diplômes entre les 20 Universités allemandes : Berlin, 164; Bonn, 53; Breslau, 21; Erlangen, 50; Fribourg, 59; Giessen, 35; Göttingen, 30; Greifswald, 71; Halle, 50; Heidelberg, 21; Iéna, 45; Kiel, 74; Königsberg, 32; Leipzig, 88; Marburg, 22; Munich, 139; Rostock, 16; Strasbourg, 46; Tubingen, 37; Wurzburg, 146.

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES pures et appliquées, paraissant le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules in-4, de 48 pages au moins, avec de nombreuses figures. *Directeur* : Louis Olivier. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr.; Départements, 22 fr.; Union postale, 25 fr. (Georges Carré, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

Rappelons à ceux qui l'ignorent, en France, qu'en Allemagne le diplôme de docteur en médecine conféré par les Universités ne donne pas le droit d'exercer la médecine en pays allemand. A ceux, docteurs ou non, qui désirent faire de la médecine pratique, un jury d'Etat leur fait subir un *examen sérieux*, dont les épreuves durent plusieurs jours. Aussi, les Etats ne se préoccupent nullement de la nationalité des étudiants qui obtiennent dans leurs Universités un diplôme de docteur en médecine. Par l'institution d'un jury d'Etat, ils sont libres en outre de conférer, sous certaines conditions, le droit d'exercer la médecine à tout candidat indigène ou étranger.

LES LABORATOIRES DEVANT LE PARLEMENT

La semaine dernière, le Parlement a été saisi de deux questions qui intéressent particulièrement le monde médical.

Nous ne parlerons pas ici de la première : il s'agissait des étudiants et des médecins étrangers, et nous avons déjà exposé dans ce journal les considérations non sentimentales, mais essentiellement pratiques, qui nous conduisent à chercher une solution très libérale de cette question, au moins en ce qui concerne les jeunes gens qui viennent demander à l'enseignement français une instruction large et scientifique.

Mais, dans la séance du 11 Juin, il a été prononcé, à propos du projet de loi de M. Audiffred, tendant à allouer une allocation aux laboratoires des facultés de médecine, des paroles malheureuses et que nous croyons devoir relever.

M. Audiffred proposait de prendre, sur les fonds du pari mutuel, 250.000 francs pour les laboratoires de thérapeutique. Nous n'avons pas ici à discuter si le projet était pratique, si, au point de vue de la légalité, les dispositions proposées par l'honorable rapporteur étaient acceptables. M. Dufaure, M. de Lasteyrie ont critiqué le projet en se plaçant uniquement au point de vue fiscal et nous comprenons leurs scrupules; mais il n'en est pas de même de ceux de M. Bourgoin.

Ce dernier orateur, qui, aux yeux des députés peu renseignés sur la réelle valeur scientifique de leurs collègues, doit, grâce à ses titres, passer pour un savant de laboratoire, a cru devoir engager une critique acerbe contre les savants qui, non contents de toucher les superbes émoluments que l'on sait, passent leur temps à tendre continuellement la main vers l'État.

Il n'en était pas ainsi, dit-il : « Quand avec nos amis nous faisions des expériences sous la direction de nos maîtres, les Claude Bernard, les Berthelot, les Wurtz, les Fremy, l'État mettait généreusement à notre disposition ses laboratoires, et jamais il ne nous serait venu l'idée de demander aux Chambres de l'argent pour faire des expériences qui sont, en somme, des expériences personnelles, qu'on entreprend pour résoudre des questions d'ordre scientifique ».

Plus loin, M. Bourgoin ajoute que, lorsqu'il travaillait avec M. Berthelot, « les laboratoires ne comprenaient, pour ainsi dire, que les quatre murs, quelques tables et des tableaux destinées à consigner les résultats de nos expériences ».

Il faut avouer que le matériel était bien limité et nous ne comprenons pas comment, avec des ressources aussi restreintes, Berthelot a pu mener à bien ses admirables recherches sur la synthèse des corps organiques ou sur la thermochimie. Nous serions curieux de savoir si l'illustre chimiste s'est jamais contenté de si modestes ressources.

Continuant ses critiques, l'orateur affirme qu'à cette époque, il n'est jamais venu à l'idée de recourir à l'argent des contribuables pour faire des expériences de laboratoires, et que ceux qui veulent se livrer à des recherches scientifiques, ne doivent pas tendre la main à l'Etat.

On nous permettra bien de citer les paroles mêmes de Claude Bernard, que M. Bourgoin doit bien connaître, puisqu'il nous dit avoir été son élève.

Nous citerons quelques lignes prises dans son rapport sur les Progrès de la Physiologie, 1867 :

« Les sciences expérimentales ne peuvent se développer, dans un pays, que proportionnellement aux encouragements qu'on leur donne et aux moyens de travail qu'elles possèdent (p. 143.)

« La science expérimentale ne peut donc prospérer et grandir en France que si l'on augmente ou si l'on étend son enseignement, en même temps que, par la création de laboratoires *convenablement montés* (il ne s'agit pas ici de quatre chaises et d'un tableau noir), on formera un grand nombre de physiologistes, qui multiplieront la production des travaux scientifiques.

« Ce qui importe, avant tout, c'est la création de laboratoires où les maîtres auraient les ressources nécessaires pour faire avancer la science (p. 146, 147).

« Dans ma carrière scientifique expérimentale, j'ai moi-même, comme d'autres, éprouvé bien souvent des pertes de temps immenses, ou ressenti les impossibilités qui résultent de l'isolement scientifique ou du manque d'aides. J'ai connu la douleur du savant qui, faute de moyens matériels, ne peut entreprendre ou réaliser les expériences qu'il conçoit (p. 148).

« En résumé, conclut Cl. Bernard, pour avancer dans la physiologie comme dans les autres sciences expérimentales, il faut deux choses: le génie, qui ne se donne pas: les moyens de travail, dont on peut disposer. La physiologie française ne réclame que ce qu'il est facile de lui donner: le génie physiologique ne lui a jamais manqué. »

Nous avons tenu à citer le grand Physiologiste qui, mieux que tout autre, avait compris la nécessité de doter les laboratoires de crédits convenables et qui, dans ce rapport si remarquable, n'a pas rougi de tendre les mains vers l'Etat.

On a fait remarquer que le budget de l'enseignement supérieur s'est considérablement augmenté depuis cette époque, qu'agrégés et professeurs reçoivent aujourd'hui des traitements supérieurs à ceux d'autrefois; les agrégés de province, par exemple, ont un traitement annuel de 3,000 francs, réduit à zéro après neuf ans d'exercice et il paraît ridicule à l'orateur que de tels budgétivores demandent encore des subventions à l'Etat pour poursuivre des expériences dont les frais, avec l'achat des appareils nécessaires, atteignent facilement 1,000 francs. Est-ce que pour l'ancien agrégé de la Faculté de médecine, les *recherches personnelles* n'intéressent pas le pays entier?

C'étaient bien des recherches personnelles, les grands travaux de Pasteur sur le charbon, sur le choléra des poules, etc., et, cependant, nos législateurs regrettent-ils les quelques milliers de francs donnés autrefois au laboratoire de la rue d'Ulm?

Il est encore un point sur lequel nous devons insister. Les Français, dit-on, et telle est la théorie défendue par M. Dufaure, veulent toujours demander les ressources à l'Etat; il faut laisser l'initiative individuelle doter nos laboratoires.

Certes, l'exemple de l'Amérique est séduisant; des universités privées reçoivent là-bas des subventions formidables; il en est de même en Angleterre. Mais c'est là un fait caractéristique de la race anglo-saxonne et les autres nations comptent toujours sur l'Etat.

M. Dufaure, par exemple, voit dans la création d'Universités jouissant de la personnalité civile le meilleur moyen de doter nos centres scientifiques. Le procédé peut être utile, mais il sera toujours insuffisant. Voyez ce qui se passe en Allemagne où les vieilles Universités jouissent d'une vie propre, très réelle : la contribution de l'Etat, *Staatsschutz*, si elle est relativement faible pour quelques petites universités richements dotées, comme Gottingen (36 pour 100), Iéna (56 pour 100), constitue pour d'autres centres, la presque totalité du budget universitaire : Strasbourg (91 pour 100), Heidelberg (97 pour 100). Partout en effet les donations se sont plutôt ralenties, ou, tout au moins, n'ont pas progressé avec les besoins.

De 1870 à 1894, on a dépensé, il est vrai, en France 94 millions pour la construction et l'organisation de l'enseignement supérieur, et l'Etat a versé sur cette somme, près de 46 millions, soit la moitié. Mais il ne faut pas oublier que, malheureusement, ces dépenses ont souvent été mal menées, que l'on a construit des palais monumentaux, entassées des murs de pierres de taille pour la plus grande gloire et le plus grand profit des architectes, et, quand il s'est agit de doter les laboratoires, l'argent a manqué.

Qu'est-ce donc que 2.400 francs par an, pour un laboratoire de la Faculté de médecine de Paris, que peut-on faire avec cette somme dont il faut défalquer les dépenses obligatoires?

Les observations aujourd'hui ne se font plus comme au temps de Spallanzani; pour maintenir à la hauteur la science française, les recherches doivent être poursuivies avec rigueur et contrôlées par des instruments qui sont d'autant plus chers qu'ils sont plus perfectionnés.

Consultez le catalogue d'un de nos fournisseurs et voyez combien coûte un appareil enregistreur, un objectif à immersion, une étuve à régulateur, etc. L'achat annuel d'un de ces appareils, la réparation des anciens mangera tout le budget et il ne restera plus un franc pour les dépenses courantes.

M. Bourgoin veut que les savants, grâce à leurs émoluments, prennent sur leur traitement, à défaut de généreux donateurs, pour poursuivre les recherches scientifiques, mais alors il faut être logique jusqu'au bout et supprimer les épreuves sur titre à tous les concours et ne plus exiger le doctorat ès sciences pour la maîtrise de conférence dans nos facultés des sciences. Nous ne croyons pas, en effet, que les candidats à l'agrégation ou au doctorat soient en état d'entretenir à leurs frais un laboratoire.

P. Langlois.
Chef du Laboratoire de physiologie à la Faculté de Médecine.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU CANCER DU RECTUM

Par M. CHAPUT
Chirurgien des hôpitaux.

Je voudrais, dans ce travail, étudier mes observations personnelles de cancer du rectum. Je laisserai d'abord de côté tous mes cas traités palliativement par l'anus artificiel, et je me restreindrai aux seuls cas traités par les méthodes radicales.

Mes observations sont au nombre de 10; je les classerai en trois catégories :

1° Cas opérés par la voie ano-périnéale;
2° Opérations par la voie sacrée;
3° Opérations des cancers très élevés, par la voie abdominale et par la voie vaginale.

Opérations par la voie ano-périnéale. — J'ai opéré deux fois par la voie ano-périnéale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de soixante-sept ans, atteinte d'un cancer de l'orifice anal, se prolongeant sur une hauteur de 3 centimètres, sur la paroi gauche du rectum.

Je fis une incision circulaire autour de l'anus, je disséquai le rectum sur une hauteur de 5 centimètres environ et je sectionnai au-dessus du néoplasme. Pour éviter le prolapsus ultérieur du rectum, je fis subir au bout supérieur une rotation d'un tour complet, à la façon de Gersuny, et je le suturai ainsi tordu à la peau. L'orifice anal me paraissant très large, j'abrasai la muqueuse en arrière avec la curette, et je rétrécis l'orifice par trois sutures complémentaires. Guérison parfaite. La malade, opérée le 2 août 1894, a été revue par moi en mai 1896; elle est sans récidive; elle n'a ni prolapsus ni rétrécissement de l'anus, elle se plaint seulement d'une incontinence pour les matières liquides, incontinence qui ne s'explique que trop facilement par la destruction de l'appareil sphinctérien de l'anus.

Dans mon second cas, c'était une femme de cinquante-neuf ans, atteinte d'un cancer de la paroi antérieure du rectum, envahissant la cloison recto-vaginale, et laissant libre les parois rectales droite et postérieure,

Je fis une incision en U, ouverte en arrière au niveau de la région saine de l'anus et du rectum. En avant, la convexité de l'U passait, à peu près, à la partie moyenne de la paroi vaginale postérieure, j'enlevai tous les tissus malades à coups de ciseaux, puis je reconstituai le périnée par des sutures superficielles et profondes, et je suturai le bord antérieur de l'orifice rectal à mon nouveau périnée. La malade guérit de son opération, mais les sutures trop tendues coupèrent les tissus, et il se forma un vaste cloaque qui cicatrisa par bourgeonnement. Je n'ai pu l'examiner ultérieurement; j'ai seulement appris qu'elle était morte en mars 1896.

Opérations par la méthode de Kraske. — J'ai fait six opérations de ce genre.

Dans deux cas, l'anus a été conservé; dans les quatre autres, il a été enlevé avec le rectum.

Dans une observation, il s'agit d'un homme de cinquante ans, atteint d'un cancer siégeant à 4 centimètres de l'anus; la tumeur est mobile, en battant de cloche, elle n'adhère pas aux parois pelviennes, on ne peut, avec le doigt, en atteindre les limites supérieures. Le 25 juillet 1894, j'incise la région sacrée sur la ligne médiane, je réséque le coccyx et la pointe du sacrum; je sectionne le rectum au-dessous de la tumeur, puis au-dessus, supprimant ainsi un segment de rectum de 10 centimètres. En raison de l'épaisseur des parois rectales, doublées d'une épaisse couche de graisse, je considère la méthode de Murphy comme contre-indiquée, et je fais une suture circulaire à deux étages (un étage muco-muqueux et un autre musculo-musculeux). La partie inférieure de la plaie est suturée, la partie supérieure est bourrée au diiodoforme.

Il se forma, au bout de quelques jours, une petite fis

to stercorale, qui guérit spontanément en quelques se aines. Au bout de ce temps, on pouvait constater la pr ence d'une bride en croissant, siégeant sur la paroi ai rieure du rectum, qu'elle rétrécissait légèrement.

ai revu cet homme le 23 Avril 1896 ; son état général re excellent, il va à la selle tous les jours, le bol fécal es lu volume du pouce et un peu aplati.

r toucher, on ne constate plus la bride en croissant et la paroi antérieure du rectum, mais la prostate est el gie et empâtée et il existe en outre dans la fosse io rectale droite, une masse dure du volume d'une ntié de mandarine, probablement de nature néopla- e. Quoi qu'il en soit, cette longue survie, avec un ét général et local satisfaisants, est intéressante à s ater et justifie largement l'intervention.

e malade de l'observation 4 était âgé de soixante ans ; ait un cancer élevé, difficilement accessible au doigt, eu mobile. Le 29 Août 1894, je fis d'abord l'anus ue, puis immédiatement après, l'opération de Kraske. bout supérieur, trop court, fut suturé à la peau et la e laissée ouverte bourrée à l'iodoforme.

alheureusement, le malade anesthésié à l'éther, fut pris sque immédiatement d'une broncho-pneumonie avec pnée effrayante à laquelle il succomba rapidement. ait d'ailleurs un vieux catarrheux s'enrhumant faci- ent. Je tiens à spécifier que ce malade est mort des s es de l'éthérisation et non pas de l'opération.

ans 4 cas, j'ai combiné l'ablation de l'anus avec ération de Kraske.

e passe rapidement sur l'observation 5 dans laquelle s'agissait d'un énorme cancer bas situé, s'étendant qu'aux parois pelviennes, et pour lequel j'aurais ux fait de m'abstenir. Je lui fis d'abord un anus que par le procédé des pinces, puis quelques jours rès l'ablation du rectum par la méthode ano-sacrée. cours de l'ablation très pénible du rectum, l'uretère it fut arraché; le malade mourut rapidement.

La malade de l'observation 6 guérit facilement de son ération, mais mourut trois mois après de généralisa- n. C'était une femme de trente-quatre ans à laquelle j'enlevai le rectum par la méthode ano-sacrée. C'est dans cas que je remarquai pour la première fois que si coulement sanguin immédiat était considérable, il venait nul, lorsqu'à la fin de l'opération on enlevait pinces.

Le bout supérieur fut suturé à la peau et la plaie ourrée à l'iodoforme. La plaie, infectée par les matières, ppura abondamment; la malade guérit cependant sez facilement; trois mois après, elle mourait et on ouvait des masses métastatiques dans le maxillaire férieur et dans le péritoine.

La malade de l'observation 7 était âgée de quarante- uatre ans; elle présentait un cancer ano-rectal remon- nt à 6 ou 7 centimètres de l'anus.

Je fis le 10 Août 1894, l'incision ano-sacrée avec section du seul coccyx. J'enlevai l'anus avec 10 centi- ètres du rectum. Le bout supérieur trop court pour écuter la manœuvre de Gersuny fut simplement fixé la peau et la plaie largement bourrée. J'ai revu cette alade le 28 Avril 1896; sa santé est très bonne et il y a pas trace de récidive; elle présente seulement un rolapsus rectal et vaginal qui la gêne, mais dont elle 'a pas voulu se laisser opérer. Elle est, en outre, atteinte e troubles mentaux avec mélancolie.

Cette longue survie sans récidive est déjà intéressante lle l'est encore plus chez le malade de l'observation 8 ui, âgée de cinquante-neuf ans, était atteint d'un cancer no-rectal remontant en arrière jusqu'à la limite du oigt. La tumeur était, à ce point, volumineuse et végé- ante, qu'un de nos collègues refusa de l'opérer. Le 9 Mai 1891, je fis la résection du rectum par l'incision no-sacrée avec résection du coccyx et de la pointe du acrum. J'enlevai 8 centimètres du rectum, je suturai le out supérieur à la partie moyenne de la plaie cutanée t toute la cavité fut bourrée à l'iodoforme.

Cet homme opéré depuis cinq ans est encore en arfaite santé et exempt de toute récidive, je l'ai revu n Mai 1896 à Bicêtre où il est pensionnaire. Il présente n énorme prolapsus du rectum qu'il maintient dans un ac de caoutchouc. Il est content de son sort et refuse toute intervention contre son prolapsus.

Opérations pour des cancers de l'anse oméga par la voie abdominale et par la voie vaginale. — Dans mes deux observations de cancers de l'S iliaque, j'ai commis la même erreur de diagnostic en croyant à des tumeurs inflammatoires des trompes.

Dans l'observation 9, la malade présentait les signes rationnels d'une salpingite double avec deux tumeurs latérales pelviennes.

Je fis la laparotomie médiane le 30 Juillet 1891; je trouvai des trompes peu altérées et un carcinome de l'S iliaque. Après résection de la tumeur, les deux bouts, de couleur noirâtre et d'ailleurs trop courts pour une suture circulaire furent suturés à la peau en anus contre-nature. La malade guérit de cette intervention ; elle mourut le 24 Décembre 1891, à la suite d'une interven- tion dirigée contre son anus artificiel.

Dans l'observation 10 la malade, âgée de trente-six ans, avait été opérée en Juillet 1895, par M. Bazy, qui lui avait fait une hystérectomie vaginale pour salpingite.

Elle revint me consulter en Mars 1896 avec une tumeur volumineuse et douloureuse siégeant derrière la paroi vaginale postérieure. Je supposai qu'il s'agissait d'une poussée inflammatoire dans des annexes laissées en place. Le 16 Mars 1896, j'incise le fond du vagin et j'attire avec une pince érigne une énorme tumeur que je reconnais être constituée par un cancer de l'S iliaque. Je réséque cette tumeur et je renonce à suturer les deux bouts parce qu'ils viennent difficilement à la vulve. Je les maintiens au dehors avec des pinces hémostatiques.

Le 28 Mars j'établis d'abord un anus iliaque en un temps, puis je fais une incision sacrée en Y; je vais à la recherche des deux bouts pour les sutures circulaire- rement, malheureusement je trouve les parois intestinales épaissies et friables et le calibre de ces bouts est très rétréci. Je renonce à la suture circulaire et j'abandonne les deux bouts dans la plaie après les avoir liés avec une lanière iodoformée. La plaie sacrée est bourrée d'iodoforme.

Au bout de quelques jours les matières passèrent par le vagin en même temps que par l'anus iliaque. Le 10 Mai je cautérisai le bout supérieur ouvert dans le vagin avec de la potasse caustique.

Le 21 Mai, la malade succomba à une diarrhée cholériforme. A l'autopsie, on trouva un cloaque où s'ouvraient les deux bouts.

Mortalité. Résultats éloignés. — En résumé, sur 10 cas d'ablation du rectum, nous comptons 2 morts immédiates et 8 guérisons. Dans l'observation 4 la mort a été causée par une broncho-pneumonie consécutive à l'éthérisation. On peut donc éliminer ce cas comme non probant. Dans l'observation 5 j'ai eu le tort d'opérer un malade à peu près inopérable chez lequel l'uretère droit fut arraché.

En résumé, en limitant l'opération aux cas opérables, nous aurions eu une mortalité nulle.

Les deux cas de mort ont été observés dans les opérations de Kraske, qui sont au nombre de 6. Il n'y a pas eu de mort immédiate dans les opérations par la voie ano-périnéale ni dans les cancers de l'S iliaque.

Voyons maintenant les suites éloignées au point de vue de la récidive, de la guérison définitive et des troubles fonctionnels.

Sur les 8 cas qui ont survécu à l'opération, nous devons en éliminer deux qui ne sont pas démonstratifs au point de vue de la récidive: ce sont les cas nº 9 et et nº 10. Dans le premier cas, la malade opérée pour un cancer de l'S iliaque a succombé à une opération ultérieure destinée à fermer l'anus contre-nature.

Dans le second cas (observation 10, cancer de l'S iliaque réséqué par le vagin), la malade est morte de diarrhée cholériforme.

Il nous reste donc 6 cas dont 3 ont récidivé plus ou moins rapidement. Dans l'observation 6, la malade est morte en moins de trois mois de généralisation. Dans l'observation 2, la malade opérée en avril 1894 est morte en mars 1896 d'une récidive probable. Ici la survie est appréciable. Je remarque en passant que ce cancer de la cloison recto-vaginale était très étendu et à peine opérable.

Enfin, dans l'observation 3, le malade, opéré le 25 Juillet 1894, présentait, en Mai 1896, une masse néoplasique volumineuse dans la fosse ischio-rectale; cependant l'état général était excellent et la défécation facile et régulière. En somme, survie relativement considérable avec excellente santé et absence de douleurs. A supposer même que tous les malades opérés dussent récidiver dans les mêmes conditions, l'opération n'en resterait pas moins indiquée parce qu'elle fournit plusieurs années de santé physique et morale parfaite. En outre, il faut encore remarquer que nombre de malades pourraient être réopérés avec succès.

Aux trois récidives que nous venons de noter, nous opposerons trois guérisons sans récidive. La malade de l'opération 7, opérée le 10 Août 1894, est sans récidive en Avril 1896; la malade nº 1, opérée le 2 Août 1894, est sans récidive en mai 1896. Enfin, fait très intéressant, le nommé Chamoulaud, opéré le 19 mai 1891 d'un cancer jugé inopérable par un de nos collègues, est encore en très bonne santé en Juin 1896 et sans récidive après cinq ans.

Dans quatre observations nous pouvons noter les résultats fonctionnels éloignés.

Dans l'observation 3 où l'opération de Kraske a été suivie de la suture circulaire du rectum j'ai constaté, après l'opération, la présence d'un croissant antérieur correspondant au diaphragme qu'occasionne la suture de Lembert. Ce diaphragme manquait en arrière parce que la réunion avait échoué partiellement; il en était résulté une fistule qui guérit spontanément en quelques semaines.

J'attribue la rapidité et la facilité de la guérison de cette fistule à ce que je n'avais pas tenté la réunion immédiate; j'avais, au contraire, bourré la plaie; l'infection par la fistule intestinale a été réduite au minimum. Au contraire, si la peau avait été suturée, nous aurions eu une infection très grave qui aurait agrandi la fistule intestinale et en aurait rendu la guérison spontanée impossible.

Dans l'observation 1, l'ablation de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum explique l'incontinence des matières liquides; mais je note expressément que nous n'avons ici ni atrésie de l'anus, ni prolapsus. L'atrésie a été évitée par la suture de la muqueuse à la peau. J'attribue dans l'espèce l'absence de prolapsus à ce que j'ai fait subir au rectum une torsion d'un tour complet, comme l'a indiqué Gersuny. Cette pratique procure un rétrécissement appréciable au doigt; malheureusement le sphincter artificiel ainsi formé ne peut se contracter énergiquement sous l'influence de la volonté, comme le sphincter ani normal.

Il faut donc retenir ce fait que la torsion de Gersuny paraît susceptible d'empêcher le prolapsus rectal. Malheureusement elle n'est pas toujours possible, car elle exige un intestin long et très mobile.

Dans l'observation 7, une résection ano-sacrée a été suivie d'un prolapsus rectal et vaginal; dans l'observation 8 d'un énorme prolapsus rectal. Ces complications sont très ennuyeuses pour les malades et il serait très important de les éviter. On le pourrait peut-être en utilisant la torsion de Gersuny; ou bien, lorsque celle-ci est impossible, en abandonnant le bout supérieur au fond de la plaie au lieu de le suturer à la peau. La cicatrisation provoquerait dans ces conditions une atrésie qu'il serait facile de faire disparaître ultérieurement par des débridements prudents.

Il va de soi, que lorsque la suture des deux bouts est possible dans de bonnes conditions, il sera formellement indiqué de l'exécuter.

Avant de terminer cette analyse de mes observations, je dois remarquer que les résultats que j'ai obtenus dans le traitement du cancer du rectum, sont très encourageants. La mortalité assez restreinte, 20 pour 100, tombe à 0 quand on examine les faits de près.

Les résultats éloignés sont aussi très satisfaisants puisque nous comptons, sur 6 cas, une survie de deux ans, avec santé parfaite chez un malade qui présente une récidive; notons encore trois cas sans récidive après deux ans, deux ans et cinq ans, soit 50 pour 100 de guérisons définitives.

Je crois donc qu'il faut en revenir des appréciations un peu poussées en noir, de mon ami, M. Morestin. Je crois que l'opération de Kraske faite avec soin est peu dangereuse et que le cancer du rectum est peut-être un de ceux qui récidivent le moins.

Pour ma part, j'ai observé les récidives beaucoup plus nombreuses dans les cancers des autres régions.

Technique opératoire de l'opération de Kraske. — De l'anus iliaque préliminaire ou simultané. J'estime que la dérivation des matières par l'anus iliaque est souvent utile et parfois indispensable.

Elle est indispensable quand on ne peut dépasser le rétrécissement cancéreux et laver facilement le bout supérieur.

Elle est utile dans tous les cas pour éviter l'infection de la plaie par les matières, et pour protéger la suture circulaire quand elle a été possible.

C'est qu'en effet nous n'avons pas de moyens d'empêcher les selles, et malgré le régime lacté, malgré l'opium, nous ne sommes jamais certains qu'une débâcle inopinée ne viendra pas infecter la plaie.

L'anus iliaque peut être fait dans la même séance (anus simultané), ou quelque temps avant l'opération de Kraske (anus préliminaire).

L'anus iliaque simultané prolonge désavantageusement une opération grave et toujours trop longue. Je préfère l'anus préliminaire, fait deux jours d'avance à la cocaïne. De cette façon on ne fatigue pas les malades.

L'anus iliaque étant peu éloigné de la plaie sacrée, celle-ci peut se trouver souillée par les matières provenant de l'anus artificiel. On éviterait cet inconvénient en faisant l'anus sur le coton transverse. C'est du reste ce que je compte faire à l'avenir.

Deux jours avant l'anus artificiel, on mettra le malade au régime lacté exclusif. Deux fois par jour, on lavera le bout supérieur du rectum à l'eau boriquée, au moyen d'une sonde de Budin, à double courant introduite par l'anus jusqu'au dessus du cancer.

Incision cutanée. — J'ai utilisé dans la plupart de mes observations l'incision linéaire de Kraske. Dans un cas, j'ai employé celle de Hégar en Y, mais je reprocherai à cette incision de fournir un lambeau à sommet pointu qui se sphacèle fréquemment et laisse le sacrum exposé.

Il serait préférable de faire une incision en U qui fournirait un lambeau s'appliquant par son poids sur la tranche du sacrum qu'elle protégerait contre les infections venues du dehors. Le bord inférieur du lambeau correspondrait au sommet du coccyx.

Sections osseuses. — L'ablation du coccyx me paraît indispensable; il n'en est pas de même de la résection du sacrum. Il m'a semblé qu'en débridant de chaque côté sur les bords du sacrum et en décollant à la rugine la face antérieure de cet os, on avait autant de place qu'avec la résection sacrée.

Cette résection n'est pas indifférente, car dans les plaies exposées à l'infection, le sacrum peut se nécroser; il peut aussi par l'infection de son tissu spongieux riche en veines injecter en masse les germes septiques dans le système sanguin de l'individu.

Quoiqu'il en soit, si on est obligé de réséquer le sacrum, on n'en enlèvera que le sommet extrême ou une moitié latérale comme Kraske l'a recommandé.

Les résections temporaires si à la mode dans les pays étrangers de Heineke, Jeannel, Kocher, Lévy, Roux, Rehn et Rydygier, me paraissent fort peu recommandables; elles n'ont aucun avantage, et en revanche elles

ont de grands inconvénients, en exposant à la nécrose lorsque la plaie s'infecte.

Traitement des deux bouts. — Lorsque l'anus est pris avec le rectum, on n'a qu'à fixer le bout supérieur à la peau. Je recommande, tout particulièrement, d'employer la torsion de Gersuny pour éviter le prolapsus.

Quand la partie inférieure du rectum est intacte, on a deux bouts à sa disposition. Comment convient-il de les traiter? Faut-il faire la suture circulaire complète ou incomplète, ou suturer le bout supérieur à la peau en anus contre-nature, ou bien introduire le bout dans le bout inférieur et le suturer à la peau de la région anale?

L'idéal est, sans contredit, de faire la suture circulaire complète et hermétique. Elle a donné un beau résultat à M. Pozzi et à moi-même, malgré une fistulette guérie spontanément et rapidement. D'autres auteurs ont eu des déboires, d'où sont nées les autres manières que nous avons énumérées. Les échecs de la suture circulaire me paraissent dus, ou bien à ce que la suture intestinale a été mal faite, ou bien à ce que les deux bouts étaient trop courts, ou privés de leur mésentère. La suture circulaire partielle me paraît mauvaise, car elle ne permet guère le rétablissement ultérieur de la continuité du rectum; mieux vaut fixer d'emblée le bout supérieur à la peau, comme nous allons le dire.

Le bouton de Murphy est souvent contre-indiqué dans l'espèce, à cause de l'épaisseur des parois rectales.

Quand les bouts ne peuvent être réunis dans de bonnes conditions, il convient de les suturer à la peau en faisant la torsion de Gersuny sur le bout supérieur. Si le bout supérieur est trop court pour permettre la torsion, on l'abandonnera dans la plaie, sans le suturer à la peau, pour éviter les chances de prolapsus. Cette manière de faire expose, il est vrai, à l'atrésie; mais il est facile de remédier à cet inconvénient par des débridements prudents.

Le procédé d'Hochenegg, qui invagine le bout supérieur dans l'inférieur, sans enlever la muqueuse, est essentiellement défectueux; j'en ai eu la preuve dans une observation que je vous ai présentée en 1894, et dans laquelle j'avais réséqué un prolapsus du rectum et suturé le bout supérieur à la peau de l'anus. Au bout de quelques jours, le bout supérieur, ayant coupé ses sutures, commença à remonter; il atteignit l'extrémité supérieure du bout inférieur, puis remonta encore; puis, la cicatrisation s'effectuant, il se fit une oblitération complète entre les deux bouts. Je dus faire un anus sacré avec torsion à la Gersuny, qui me donna un excellent résultat.

Moulonguet conseille d'enlever la muqueuse du bout inférieur pour que le bout supérieur se soude *in situ*, mais cette manœuvre est longue, délicate et prolonge une opération déjà trop longue.

D'ailleurs, pour procéder à la façon d'Hochenegg, il faut avoir des bouts très longs, et, dans ce cas, la suture circulaire est toujours possible, et c'est elle qu'il faudra exécuter.

Hémostase. — Dans un de mes cas, j'ai constaté qu'après l'ablation des pinces, les tissus ne saignaient pas. Depuis lors, dans mes 4 autres cas, j'ai fait les mêmes remarques et je n'ai pas eu à faire d'hémostase.

Suture de la plaie. — La suture hermétique de la peau est extrêmement dangereuse, car les grandes plaies anfractueuses sont très exposées à l'infection, pendant l'opération d'abord, par l'ouverture de l'intestin, et ensuite, après l'opération, par les souillures urinaires, vulvaires et fécales.

La suture avec drainage n'est qu'une demi-mesure, et je crois formellement indiqué de laisser la plaie largement ouverte et de la bourrer. En adoptant le tracé que j'ai indiqué (incision en U), on suturerait les bords du lambeau et on laisserait le reste béant.

On évitera de bourrer avec une grande quantité de gaze iodoformée, qui pourrait intoxiquer les malades. Je conseille plutôt la gaze aseptique autoclavée, imbibée d'eau phéniquée faible et exprimée.

INDICATIONS OPÉRATOIRES D'APRÈS LE SIÈGE DU CANCER. — Nous distinguerons les cas suivants : 1° cancers de la cloison recto-vaginale; 2° cancers inférieurs; 3° cancers de la région moyenne; 4° cancers élevés; 5° cancers recto-coliques.

1° *Cancers de la cloison recto-vaginale.* — Ces cancers nécessitent une incision encadrant l'anus en arrière, empiétant sur la vulve et sur la paroi vaginale postérieure. Pour éviter le prolapsus rectal fatal, on établira un anus iliaque définitif et on fermera, en cul-de-sac, l'orifice rectal.

2° *Cancers inférieurs.* — Ils sont limités ou étendus. Les cancers limités s'enlèvent facilement; par une incision circulaire autour de l'anus, on décolle le rectum assez haut; au besoin, on ajoute à l'incision circulaire l'incision linéaire de Denonvilliers et la résection du coccyx de Verneuil et Terrier; on réséque les parties malades et on suture à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Je dois une mention spéciale au procédé d'Hartmann, applicable aux petits cancers annulaires, facilement accessibles.

Cet auteur saisit le point rétréci avec une pince-érigne, comme s'il s'agissait d'un utérus cancéreux. Il incise circulairement les tissus sains, il décolle le bout supérieur, réséque le cancer et suture les deux bouts par les voies naturelles. Ce procédé est très satisfaisant et il m'a paru d'exécution facile.

Les cancers inférieurs, remontant très haut, seront traités par l'incision circulaire péri-anale, qu'on raccordera à l'incision sacrée.

3° *Cancers de la région moyenne.* — Deux voies sont en présence, la voie sacrée à laquelle je donne la préférence, et la voie vaginale préconisée par Campenon et Rehn.

Je ferai les reproches suivants à la méthode vaginale : après avoir réséqué le rectum et fait la suture circulaire de l'intestin, ou bien on suture l'incision vaginale, ou bien on la laisse largement ouverte. Dans le premier cas, on s'expose à des accidents graves, si la suture intestinale cède, ou si la plaie a été infectée d'une autre façon. D'autre part, si on ne suture pas le vagin, on verra survenir, presque fatalement, une fistule recto-vaginale, un prolapsus recto-vulvaire, et souvent une atrésie considérable du bout supérieur.

4° *Cancers élevés.* — J'appelle cancers élevés ceux dont on n'atteint qu'à peine l'extrémité inférieure avec le bout du doigt. Quelques-uns de ces cancers peuvent être enlevés par la voie sacrée, mais d'autres remontent trop haut pour être justiciables de cette voie. Par contre, tous ces cancers élevés peuvent être facilement enlevés par la voie abdominale. C'est donc dans l'espèce le procédé de choix. On fera, au préalable, l'anus artificiel préliminaire sur le côlon transverse, afin de n'être pas gêné pour l'opération ultérieure; on fera ensuite la laparotomie médiane sous-ombilicale dans la position de Trendelenburg. Après résection de la tumeur, les deux bouts seront suturés circulairement si la chose est possible et facile; dans le cas contraire, on les fermera tous deux en cul-de-sac et l'anus transverse restera définitif.

5° *Cancers recto-coliques.* — Ces cancers qui, descendant très bas, remontent très haut, sont seuls justiciables des voies abdomino-périnéales préconisées par Gaudier, Chalot et Quénu. Tandis que les premiers commencent l'opération par l'abdomen, M. Quénu la commence par la région sacrée.

Pour ma part, je préférerais commencer par l'abdomen, parce que, en commençant par la voie sacrée, on n'est pas sûr de garder ses mains aseptiques, et qu'on risque d'inoculer ultérieurement le péritoine.

Voici la marche que je conseillerais :

Faire d'abord l'anus préliminaire sur le côlon transverse;

Deux jours après, laparotomie médiane sous-ombilicale, en position inclinée. Sectionner l'S iliaque au-dessus de la tumeur, fermer le bout supérieur en cul-de-sac, oblitérer le bout inférieur par une ligature fortement serrée;

Sectionner le méso-rectum le plus bas possible et le lier;

Fermer l'abdomen;

Faire l'incision sacrée, et enlever toute la tumeur par cette voie;

Bourrer la plaie sacrée à la gaze aseptique.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS. — Sur 10 résections du rectum, je compte 8 guérisons et 2 morts (1 par broncho-pneumonie par éther, 1 par déchirure de l'uretère, dans un cas presque inopérable).

Sur 6 cas qui ont été suivis, je compte 2 récidives assez rapides; un malade opéré depuis deux ans présente une récidive avec santé parfaite et pas de troubles fonctionnels, et 3 cas (50 pour 100) sont sans récidive depuis deux ans, deux ans et cinq ans.

Dans 2 cas, il n'y a pas eu de prolapsus; dans l'un, j'avais fait la suture circulaire; dans l'autre, j'avais tordu le bout supérieur à la Gersuny. Dans 2 autres cas, où ces précautions n'avaient pas été prises, j'ai observé le prolapsus.

L'opération de Kraske est peu dangereuse, et, d'après mon expérience, le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins.

Technique opératoire. — Je conseille de faire, deux jours d'avance, l'anus préliminaire sur le côlon transverse.

Incision cutanée en U.

Réséquer le coccyx et respecter le sacrum autant que possible; suturer circulairement les deux bouts; en cas d'impossibilité, fixer à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé de Hochenegg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) me paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles.

On ne suturera pas la peau.

On bourrera la plaie à la gaze aseptique, imbibée d'une solution phéniquée faible.

RÉSUMÉ DES INDICATIONS. — *Cancers de la cloison recto-vaginale.* — Les enlever par une incision périnéale. Fermer le bout supérieur du rectum en cul-de-sac. Assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs limités. — Incision circulaire avec incision de Denonvilliers, et résection du coccyx (Verneuil, Terrier).

Suture à la peau, du bout supérieur tordu à la Gersuny.

Cancers inférieurs étendus. — Le procédé d'Hartmann (ablation par les voies naturelles) est très recommandable.

Combiner l'incision périanale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne. — La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés. — Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques. — Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

17 Juin 1896.

De la cholédocotomie. — **M. Ricard.** Les observations de cholédocotomie sont encore assez clairsemées dans la littérature médicale; c'est ce qui m'engage à faire à la Société la communication suivante.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante ans et atteint depuis plusieurs années, de troubles d'origine hépatique. A la fin de l'année dernière, ces phénomènes s'étaient notablement aggravés : les accès de coliques étaient devenus subintrants, la teinte ictérique des téguments plus généralisée et plus intense, l'amaigrissement considérable. C'est à ce moment là que le malade vint me trouver; je l'engageai à aller consulter M. Hanot qui, après avoir minutieusement exploré le foie, porta le diagnostic de rétention biliaire, due probablement à des calculs, et conseilla l'intervention chirurgicale. Après avoir hésité pendant quelques semaines, cet homme finit par consentir à se laisser opérer. L'état général était devenu tout à fait inquiétant : le malade avait de la fièvre, l'anorexie était absolue, la coloration des téguments d'un brun verdâtre foncé, l'amaigrissement et la faiblesse considérables. Je résolus, néanmoins, à pratiquer la laparotomie et à tenter de lever l'obstacle qui empêchait le libre écoulement de la bile. Je fis donc une incision médiane verticale, partant de la pointe de l'appendice xiphoïde et aboutissant à l'ombilic; j'allais d'abord à la recherche de la vésicule biliaire, comme je pense qu'on doit toujours le faire dans les interventions de ce genre; cette recherche fut assez laborieuse, car la vésicule, profondément dissimulée sous la face inférieure du foie, était d'une petitesse remarquable, longue tout au plus comme le petit doigt de la main; je l'incisai, et j'en fis extraire trois calculs gros comme des noisettes, ne laissant presque pas de liquide biliaire; j'essayai alors d'introduire une sonde cannelée dans le canal cystique, mais cette tentative fut infructueuse, il contenait deux calculs que je réussis à enlever en les refoulant dans la vésicule. La recherche du canal cholédoque fut aisée, grâce à un calcul qu'il renfermait, et qui me servit de point de repère; après avoir fait glisser ce calcul de bas en haut, de manière à le rendre plus superficiel, j'incisai le canal sur le calcul même, qui fut dès lors facile à enlever; mais, devant l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme du canal, je me décidai à poursuivre mes investigations au niveau de cette portion du cholédoque qui avoisine la tête du pancréas; là, en effet, je pus sentir la présence d'une masse dure allongée, que je fis également glisser de bas en haut jusqu'à la solution de continuité des parois créées par l'incision; cette masse était constituée par quatre nouveaux calculs qui furent aussitôt extraits; alors seulement, je pus, à l'aide de la sonde cannelée, explorer la lumière du canal, devenu parfaitement perméable.

Je terminai l'opération en fermant l'incision de la vésicule et celle du cholédoque, au moyen de sutures. Drainage de la plaie abdominale, par l'intermédiaire de deux gros drains placés en canons de fusil.

Jusqu'au deuxième jour, calme parfait; pas le moindre phénomène alarmant du côté des voies biliaires; mais à ce moment, il se produisit une fistule qui ne s'oblitéra qu'au bout de cinq semaines; pendant les sept ou huit premiers jours, suintement de bile et expulsion de quelques calculs, qui furent retrouvés dans les pièces de pansement.

Six semaines après cette intervention, le malade pouvait être considéré comme complètement guéri : la fistule était cicatrisée, l'ictère avait disparu, les selles se coloraient progressivement, et l'état général devenait tous les jours meilleur. Actuellement, cet homme ne ressent pour ainsi dire plus de l'affection qui avait failli l'emporter.

Cette observation m'a semblé intéressante à communiquer; elle est instructive à plus d'un titre. Elle montre : 1° l'utilité qu'il peut y avoir, dans les cas de ce genre, à s'aider du diagnostic médical; 2° la nécessité de mobiliser les calculs situés dans la partie inférieure du cholédoque, de manière à les faire glisser de bas en haut, à les rendre accessibles aux doigts et aux instruments de l'opérateur; 3° l'intérêt qu'il y a à faire un drainage, même dans les cas où la réunion est possible, et cela, à cause des fistules consécutives qui ne manquent jamais de s'établir, quelles que soient les précautions qu'on aura prises pour prévenir leur formation; 4° enfin, l'excellence de l'incision médiane, qui, à mon avis, doit être le procédé de choix, toutes les fois qu'on se propose d'intervenir sur le canal cholédoque.

Névralgie sciatique femoro-fessière, d'origine variqueuse, traitée par la dénudation et la résection du nerf. — **M. Delagénière.** Une femme, âgée de trente-trois ans, vint me consulter, le 15 Juin 1895, pour une sciatique qui avait résisté à tous les moyens thérapeutiques connus; l'impotence du membre malade était devenue absolue, la marche, complètement impossible. Après avoir essayé, mais sans le moindre succès, l'élongation du nerf, je fis, le 6 Juillet 1895, une incision

ostérieure, longue de 15 à 16 centimètres, je sectionnai muscle fessier, et j'isolai le grand nerf sciatique sur ne étendue d'environ 15 centimètres: je ne trouvai pas, proprement parler, de varices, mais un grand nombre petits vaisseaux qui sillonnaient la surface du cordon erveux, et dont plusieurs pénétraient dans son épaisseur; ans le but de détruire ces ramifications vasculaires, eus l'idée d'exercer des frictions énergiques le long du erf, en me servant d'une compresse aseptique, et de issocier quelques-uns de ces faisceaux superficiels, à aide des mors d'une pince hémostatique.

Après l'opération, il se déclara une réaction violente; a malade éprouva des douleurs intenses qui furent calmées par des injections sous-cutanées de morphine; le euxième jour, je constatai une amélioration qui alla en accentuant, de sorte que, le quinzième jour, la malade ouvait marcher en s'aidant de béquilles: elle ne souffrait plus. A la fin du mois de septembre, cette femme tait complètement guérie, et cette guérison se maintient depuis bientôt onze mois.

M. Championnière. Je ne trouve pas beaucoup d'analogie entre cette observation et les faits publiés par M. Quénu, dans lesquels la sciatique était occasionnée par la présence de dilatations variqueuses.

M Quénu. La présence des varices n'est pas toujours nécessaire; la phlébite des petites veines qui se distribuent au sciatique mérite souvent d'être incriminée. Le *ersage* du cordon nerveux pratiqué par M. Delagénière, parfaitement pu amener la guérison en détruisant les amuscules veineux malades. Cette observation me semble, en effet, fort intéressante.

Fracture de jambe vicieusement consolidée traitée par l'ostéotomie combinée à l'extension continue. — **M. Kirmisson** lit un rapport sur un malade opéré et guéri par M. Hartmann. Le résultat fonctionnel est excellent.

Myxomes des ovaires. — **M. Potherat** communique l'observation d'une femme de vingt-six ans, sans passé génital, mère de 3 enfants, qu'il a opérée pour deux tumeurs ovariennes douloureuses; l'examen histologique vient de révéler que ces néoplasmes sont des myxomes.

Fracture avec enfoncement du pariétal droit, sans plaie du cuir chevelu; paralysie faciale et brachiale gauches; trépanation; guérison. — **M. Chevassu.** Le malade que je présente aujourd'hui fut transporté, le 2 avril 1896, à l'hôpital militaire de Versailles, pour une chute survenue la veille, et dans laquelle sa tête avait probablement porté contre le dossier d'une chaise.

Au moment où je le vis, le blessé avait repris connaissance; il ne présentait aucune plaie au niveau du cuir chevelu, mais il se plaignait de ressentir de violentes douleurs dans la tête: en même temps, je constatai l'existence d'une paralysie faciale gauche d'origine centrale; le membre supérieur du même côté était également le siège de phénomènes parétiques assez accusés; pas d'ecchymoses palpébrales, pas d'épistaxis ni d'écoulement de sang par l'oreille. Cependant, en explorant la région pariétale droite, il me sembla que je percevais une sorte d'enfoncement, bien que cette sensation manquât de netteté; mais en revanche, le malade éprouvait, à ce niveau, une douleur très vive à la pression. En présence de ces symptômes et comme le blessé accusait déjà une température de 38°,6, je me décidai à intervenir. Après avoir incisé le cuir chevelu, je découvris en effet un enfoncement du pariétal, plus étendu que l'examen ne l'avait fait prévoir. Une petite quantité de matière cérébrale faisait hernie à travers la solution de continuité: on distinguait nettement deux fragments volumineux profondément engagés sous les bords de la brèche osseuse créée par l'enfoncement. J'appliquai alors une couronne de trépan en avant, puis j'agrandis la brèche osseuse avec la pince-gouge. La dure-mère présentait deux larges déchirures, à travers lesquelles les fragments avaient pu pénétrer jusque dans la masse cérébrale. Je m'empressai alors de régulariser les bords de cette vaste solution de continuité osseuse, qui mesurait 7 centimètres de long sur 5 de hauteur; en même temps, je réussis à extraire une grosse esquille provenant de la table interne du pariétal. Hémostase à l'aide de compresses stérilisées et par quelques attouchements au thermocautère. Sutures du lambeau cutané et drainage assuré par un drain placé à la partie la plus déclive de l'incision.

Suites des plus simples.

Dès le quatrième jour après l'opération, la parésie du bras s'était dissipée, et, au bout de quinze jours, la paralysie faciale elle-même avait complètement disparu. Aujourd'hui, vous pouvez constater que le malade ne se ressent plus de son accident.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

19 Juin 1896.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-malades en 1895. — **M. Sevestre.** J'ai l'honneur de soumettre à la Société les résultats statistiques du service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-malades pour Janvier 1895.

Tous les malades, sauf de très rares exceptions, ont subi, dès le moment de leur entrée à l'hôpital, une injection de sérum de Roux. La première injection était généralement de 20 centimètres cubes, quelquefois seulement de 10 centimètres cubes chez de très jeunes enfants ou dans des cas très légers, parfois, enfin, de 30 centimètres cubes dans les cas graves.

Le plus souvent, cette injection était la seule et j'ai constaté qu'il était en général inutile de la répéter; cependant, dans les cas de croup et dans les angines graves, il est souvent nécessaire de faire une seconde et une troisième injection de 10 centimètres cubes, à douze ou vingt-quatre heures de distance.

En dehors des injections de sérum, les petits malades étaient soumis aux lavages de la gorge avec la liqueur de Labarraque au 1/20e et recevaient une alimentation convenable et des toniques.

Enfin, je n'ai pas cru devoir me priver des autres ressources de la thérapeutique; lorsqu'il existait des phénomènes d'embarras gastrique ou d'infection intestinale, je prescrivais des purgatifs, et, en particulier, le calomel, que j'ai toujours vu très bien supporté; d'ailleurs, et surtout dans les cas de croup ou de bronchite, je donnais le benzoate de soude; dans les cas de bronchopneumonie, j'ai eu recours aux bains froids, et, souvent avec avantage; enfin, chez les enfants déprimés, profondément infectés, j'ai employé les injections de caféine, ou encore les injections de sérum artificiel.

Plusieurs de mes petits malades ont certainement dû la vie à l'emploi de ces moyens.

Ceci dit, examinons les résultats obtenus.

Il faut ranger, dans un premier groupe, tous les enfants admis directement au Pavillon Trousseau, avec le diagnostic probable, mais non positif, de diphtérie. Ce groupe forme un ensemble assez disparate, dans lequel figurent, à côté des diphtéries vraies, des cas de bronchopneumonie, de tuberculose, de fièvres éruptives et même de corps étrangers des voies aériennes. Les chiffres obtenus ainsi sont ceux qu'il faut comparer avec ceux que donnaient, dans les années précédentes, les anciennes méthodes de traitement. En prenant les cinq dernières années, on trouve les chiffres suivants:

En 1890,	mortalité	55,88 0/0
1891,	—	52,56 0/0
1892,	—	47,64 0/0
1893,	—	48,47 0/0
1894,	—	21,68 0/0
1895,	—	13,85 0/0

Si l'on retranche maintenant de cette statistique 71 malades morts dans les vingt-quatre heures qui ont suivi leur admission, on arrive à un chiffre de mortalité de 8,13 pour 100.

Plusieurs épidémies de nature différente sont venues, d'ailleurs, aggraver le pronostic de la diphtérie: grippe, rougeole; et il faut tenir compte de ces facteurs de gravité.

Un second groupe doit renfermer les cas basés sur l'examen bactériologique. On voit, d'abord, qu'un grand nombre d'enfants entrés au pavillon Rousseau ne sont pas atteints de diphtérie (262 cas avec 25 décès).

Les cas de diphtérie positive, constatés à l'examen bactériologique ont donné une mortalité globale de 15,14 pour 100 et une mortalité réduite de 9,35.

L'examen bactériologique nous a permis d'établir une classification que je considère comme très importante, en séparant la diphtérie pure des diphtéries associées.

Pour la diphtérie pure, on trouve une mortalité globale de 9,94 pour 100 et une mortalité réduite de 6,11 pour 100. Pour les diphtéries associées, les chiffres correspondants sont de 19,34 et de 12,11. En d'autres termes, la diphtérie associée a donné une mortalité double de la diphtérie pure.

En opposition avec l'opinion de plusieurs de mes collègues, je suis absolument convaincu que l'association du streptocoque aggrave singulièrement le pronostic de la diphtérie, et je crois, d'ailleurs, que ces deux formes peuvent être distinguées d'après leurs caractères cliniques.

A ce propos, il me paraît nécessaire de dire quelques mots du sérum de Marmorek, que j'ai employé à différentes reprises. Je crois que le sérum de Marmorek peut être employé dans les diphtéries compliquées de streptocoque, mais il ne faut pas s'attendre à une action bien positive; tout au plus, peut-on espérer une modification dans l'état de la gorge et des ganglions, sans pouvoir compter sur une action anti-toxique générale.

Quant aux accidents imputables au sérum, je ne m'y arrêterai pas, car je ne pourrais que reproduire les considérations que j'ai déjà présenté à la Société le 19 Juillet 1895 et le 31 Janvier 1896.

Il faut maintenant considérer à part les cas de croup et étudier les résultats du traitement spécial à cette forme de diphtérie. Tous les malades ont été soumis au traitement ordinaire de la diphtérie; chez un bon nombre d'entre eux, nous nous sommes bornés à ces soins; chez d'autres, il a fallu recourir à une intervention et combattre l'obstruction laryngée, soit par le tubage, soit par la trachéotomie.

Lorsque les enfants entraient avec un croup au début ou avec un tirage modéré, on pouvait, presque toujours, attendre les résultats du sérum, et c'est dans ces cas surtout qu'il y a intérêt à injecter des doses assez fortes de sérum (30 et quelquefois 40 centimètres cubes). A cette période d'ailleurs, l'obstruction laryngée est causée en partie par le spasme glottique, et l'on se trouve bien d'employer les antispasmodiques tels que l'éther ou l'antipyrine, mieux encore, les enveloppements froids et le séjour de l'enfant dans une atmosphère de vapeurs. Cette dernière pratique a, en outre, l'avantage de favoriser le détachement des fausses membranes. Dans un assez grand nombre de cas, même chez des enfants qui présentaient un tirage assez prononcé, il a été possible de retarder et même d'éviter l'intervention.

Le tubage a été pratiqué généralement avec le tube court, plus facile à introduire, plus facile à enlever et qui pendant son séjour reste perméable au moins aussi bien que le tube long.

Le tube est maintenu en place généralement trois ou quatre jours et quelquefois moins; d'autres fois, il a dû être laissé pendant plusieurs semaines, sans déterminer le moindre accident du côté du larynx.

Je ne veux pas insister plus longtemps sur le tubage, je dirai seulement que les accidents, pouvant résulter d'une obstruction ou du rejet du tube, surviennent souvent avec une telle rapidité que les enfants soumis à cette pratique doivent être surveillés de très près. La trachéotomie n'a été pratiquée que dans des circonstances exceptionnelles et chez des enfants déjà tubés sans succès.

Telles sont les pratiques thérapeutiques employées et les résultats obtenus pendant l'année 1895. Les chiffres sont suffisamment démonstratifs et plaident victorieusement en faveur de la sérumthérapie.

M. d'Heilly. Je désire demander à M. Sevestre qu'elle est, d'après lui, l'action du sérum sur les complications de la diphtérie, et, particulièrement, sur les paralysies diphtériques.

M. Sevestre. Je ne puis faire une réponse basée sur une statistique formelle; il me semble que les paralysies diphtériques sont encore relativement fréquentes, elles sont même plus précoces, mais beaucoup moins intenses: elles cèdent rapidement et sans traitement.

M. Netter. Je crois pouvoir dire que les paralysies diphtériques diminuent de fréquence maintenant que nous employons la sérumthérapie; mais cependant, je ne puis fournir de chiffres à l'appui de mon assertion.

Hémophilie chez une fillette de onze mois. — **M. Comby.** Je présente cette courte observation à cause de la rareté de l'hémophilie en France. Cette maladie est beaucoup plus commune en Allemagne et dans les pays septentrionaux. L'enfant que j'ai observée a présenté les premières hémorrhagies à l'âge de trois semaines. A ce moment, elle a saigné du nez et son corps a été couvert d'ecchymoses, sans aucune provocation, sans chute, sans coup. Depuis cette époque, les hémorrhagies sont incessantes; elles se font par les deux narines, par la bouche, par la langue, par l'oreille, par l'intestin. La moindre écorchure, le moindre grattage sont suivis d'hémorrhagie. Cependant, l'enfant est vivace, elle n'est pas en retard, elle commence à marcher. La mère, âgée de trente-trois ans, qui la nourrit au sein, est une femme brune, forte, originaire du Puy-de-Dôme. Elle n'est pas hémophile, ses ascendants non plus. Le père, âgé de de trente et un ans, également Auvergnat, très brun, sans avoir eu d'hémorrhagies externes, a eu des accidents cérébraux dénommés *congestion cérébrale*; il aurait été aphasique. Le frère du père, oncle de l'enfant, était un hémophile; après avoir souffert pendant son adolescence de nombreuses hémorrhagies spontanées, il a fini par succomber, à vingt et un ans d'une épistaxis incoercible. Donc, hémophilie du côté paternel.

L'enfant a avalé, en jouant, il y a deux mois, une épingle anglaise de 3 centimètres de long qui a pu parvenir à passer, après quatre-vingt-huit heures. Elle a été extraite par le médecin sans hémorrhagie.

Actuellement, l'enfant saigne par le nez, par l'oreille droite, et offre, sur ses membres, diverses macules ecchymotiques analogues à celles de l'érythème noueux.

Elle est gaie, n'a pas de fièvre et continue à prendre le sein.

Quel avenir lui est réservé?

Outre qu'elle peut mourir d'hémorrhagie prochainement ou plus tard, elle fera souche d'hémophiles si elle se marie.

Car, si les filles sont moins souvent hémophiles que les garçons (1 fille pour 11 garçons environ), elles transmettent à leur descendance, la tare hémophilique dont elles ont héritée.

Le traitement est purement palliatif: il n'atteint pas la diathèse, ni la lésion vasculaire qui est sans doute la cause des hémorrhagies.

Contagion de la syphilis par un rasoir. — **M. Catrin.** M. X..., vingt-sept ans, contractait, en Septembre 1894, un chancre infectant, bientôt suivi d'affections secondaires: roséole, plaques muqueuses. Les poussées de plaques muqueuses sont assez fréquentes et, malgré le traitement, semblent peu s'amender.

En Juillet 1895, le père de ce jeune homme se servant du rasoir de son fils se coupe au menton; la coupure se transforme en une ulcération à bords indurés, accompagnée d'adénite sous-maxillaire très douloureuse et assez volumineuse. Le chancre n'est cicatrisé qu'en Décembre et, à cette époque, paraît une roséole caractéristique. On traite par le protoiodure à doses assez élevées (20 centigrammes), ce qui amène une stomatite grave, altérant de notable façon la santé générale du

malade qui est âgé de soixante et onze ans, et avait, jusque-là, joui d'une santé excellente. La guérison de cette stomatite est toujours longue à obtenir; elle résiste au chlorate de potasse et n'est définitive que lorsqu'on emploie des gargarismes au permangate de potasse.

En Mars 1896, paraît une iritis double qui entraîne rapidement l'acuité visuelle à 1/8 à droite, à 1/14 à gauche, mais qui s'amende rapidement sous l'influence du traitement mixte en ayant soin de graduer l'administration du mercure. Le 25 Avril, les deux yeux ont comme acuité visuelle 1/3; les déformations papillaires persistent.

L'auteur insiste sur ce fait que, selon le terrain, la maladie de bénigne est devenue grave, ce qui démontre une fois de plus l'importance des observations cliniques, peut-être un peu négligées aujourd'hui.

Sable intestinal. — **M. Mathieu** lit une observation envoyée par M. Oddo, constituant un exemple très net du type clinique caractérisé par des crises douloureuses de l'intestin, de l'entérite muco-membraneuse et du sable intestinal.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

19 Juin 1896.

Rupture du cœur. — **M. Griffon** revient sur un cas de rupture du ventricule gauche, qu'il a présenté jadis à la Société. L'examen histologique du myocarde au niveau de la déchirure ayant montré l'absence de lésions capables d'expliquer à elles seules la rupture spontanée, on a dû en chercher la cause en un autre point. C'est au niveau des coronaires qu'on l'a trouvée.

Avant de se bifurquer en les deux branches terminales, entre lesquelles se voit la déchirure, la coronaire gauche est totalement oblitérée par un bourgeonnement de sa paroi. Dans le reste de son trajet, le vaisseau n'est pas athéromateux. C'est donc une lésion limitée et discrète, mais suffisante pour qu'elle puisse être incriminée comme la cause de la rupture.

Fracture du crâne avec grand fracas osseux. Mort tardive, par lésion du trijumeau. — **M. P. Riche** présente un crâne fracturé, enlevé en totalité avec la face. L'étage moyen est complètement défoncé du côté gauche. Le trait de fracture principal franchit la ligne médiane.

Le blessé semblait devoir guérir, lorsque se produisirent des complications du côté de l'œil gauche, kératite, panophtalmie, phlébite des sinus. La mort eut lieu trente-six jours après l'accident, et M. Riche en rend responsable une lésion du trijumeau.

Sarcome du biceps crural. Ostéo-sarcome secondaire. — **MM. Mermet et Lacour** présentent un ostéo-sarcome du fémur et du tibia secondaire à un sarcome du biceps récidivé.

Il s'agit d'un homme de trente et un an, qui, en 1892, fut opéré par M. Péan, d'un sarcome primitif de ce muscle. Deux ans après, une récidive se fit dans les muscles voisins et les interstices musculaires du creux poplité; une deuxième extirpation est faite par M. Schwartz. En Janvier dernier, douleurs, gêne des mouvements de flexion du genou, tuméfaction diffuse du jarret. A son entrée dans le service, il y a huit jours, on constate un gonflement énorme de tout l'article fémoro-tibial. La peau est œdématiée, le tissu sous-cutané est lardacé. Du côté du creux poplité, il existe une fausse fluctuation articulaire avec sensation de fongosités. Les os sont augmentés de volume; battements, expansion, souffle au niveau du genou, diminution du gonflement lors de la compression de la fémorale. Fracture spontanée au moment de l'opération. L'amputation sous-trochantérienne est faite.

A la dissection de la pièce, on constate que toute l'articulation est prise. Les muscles du creux poplité et les ganglions envahis lui forment, en arrière, une cuirasse lardacée, comprimant peu les vaisseaux. La synoviale, très distendue, renferme un liquide rosé, sanguinolent, dans lequel nagent des fongosités rougeâtres et des détritus pulpeux; la membrane séreuse est épaissie, surtout en avant, de chaque côté de la rotule qui est saine; les ligaments intra-articulaires sont relativement indemnes. L'extrémité inférieure du fémur très augmentée de volume est réduite à l'état d'une véritable éponge, recouverte par le cartilage diarthrodial aminci, mais à peu près sain, sauf toutefois à la partie externe, où il n'est plus représenté que par une membrane fibreuse. Le contenu de cette éponge est une pulpe vasculaire rougeâtre, un peu analogue au tissu splénique. Sur l'extrémité supérieure du tibia, il existe une véritable caverne, du volume d'un petit œuf de poule, rempli de la même masse pulpeuse, surmontée du plateau tibial avec cartilage et ménisques sains.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

Fibromyome sous-péritonéal. Torsion du pédicule. — **M. Mermet** présente un fibromyome utérin enlevé par M. Schwartz. La tumeur était sous-péritonéale et adhérente. Son pédicule venait s'insérer sur le fond de l'utérus et avait subi une torsion dans le sens des aiguilles d'une montre de trois quarts de tour environ. La masse présentait une coloration rouge, chair-musculaire; dans la zone corticale de la tumeur, il existait des noyaux de coloration noirâtre, truffée, absolument semblables aux infarctus de l'apoplexie pulmonaire. Deux autres fibromes plus petits, également pédiculés, furent extirpés; leur pédicule était normal.

Psammome de l'arachnoïde. — **M. Deguy** communique l'observation d'un individu présentant tous les symptômes d'une myélite transverse, paraplégie flasque, incontinence des sphincters, etc. La mort survint du fait d'une pleurésie purulente. A l'autopsie, on constata, au niveau de la 7e vertèbre dorsale, une petite tumeur, grosse comme une noisette, située dans l'arachnoïde et comprimant la moelle. Au point de vue histologique, il s'agit d'un sarcome angiolithique.

Rétrécissement de la valvule ilio-cæcale. — **M. Deguy** rapporte l'observation d'un individu chez lequel on avait diagnostiqué un cancer iléo-cœcal. A l'autopsie, on trouva un grand nombre de granulations sous-péritonéales. Au niveau du cancer, on trouve une sténose très marquée de la valvule ilio-cæcale, l'orifice permettant à peine le passage d'une sonde. Le rétrécissement est tout à fait annulaire et bien localisé. Au niveau du rectum, il y a plusieurs petits rétrécissements, échelonnés sur toute sa hauteur. M. Deguy pense à une tuberculose cæcale; l'examen microscopique des coupes ne permet cependant pas d'être aussi affirmatif au point de vue de la nature du rétrécissement.

Cancer de l'estomac. — **M. Deguy** rapporte l'observation d'un individu entré à l'hôpital pour des phénomènes d'emphysème pulmonaire. Brusquement, deux jours après son entrée, il fut pris d'une vomique avec orthopnée. La mort survint brusquement. A l'autopsie, on trouva un petit cancer de la face postérieure de l'estomac, avec collection purulente dans l'arrière-cavité des épiploons, et une certaine quantité de pus dans la plèvre.

Maladie osseuse de Paget. — **M. Léopold Lévi** présente des photographies relatives à un cas de maladie osseuse de Paget, observé dans le service de M. Raymond, de la Salpêtrière. Les déformations portent essentiellement sur le fémur, le péroné, l'humérus, le radius; de plus l'astragale droit, est soudé au 2e métatarsien gauche; 7 vertèbres dorsales sont aussi soudées les unes aux autres.

Il existe, dans ce cas, une asymétrie des lésions qu'on peut appeler croisée : humérus gauche, radius droit, fémur droit, péroné gauche. L'intégrité des tibias qui, d'habitude, sont atteints souvent les premiers, mérite d'être signalée, ainsi que celle des clavicules.

La marche de l'hypertrophie est progressive et centrifuge. L'hypertrophie est régulière et ne modifie pas la forme générale de l'os.

Dans le cas actuel, l'épiphyse est plus atteinte que la diaphyse, et, contrairement aux cas où l'épiphyse est intéressée, c'est ici l'épiphyse inférieure qui est le siège de la déformation.

Hernie de l'appendice. — **M. Guinard** communique l'observation d'une femme ayant une petite hernie crurale qui, brusquement, devint douloureuse et irréductible. Il n'y eut aucun phénomène d'obstruction intestinale. M. Guinard pratiqua la kélotomie, et trouva une hernie de l'appendice. Le cæcum était dans l'abdomen, l'appendice descendait dans le sac, se relevait en boucle, retraversait l'orifice, et son extrémité était intra-abdominale. L'appendice, de la sorte était complètement étranglé.

Cette observation réalise tout a fait l'expérience du vase clos, et cependant il n'y avait aucun phénomène d'appendicite ni de péritonite péri-appendiculaire. Elle ruine donc la théorie de M. Dieulafoy.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

11 Juin 1896 (*suite*) [1].

Sur un cas de dermatite herpétiforme de Dühring. Eosinophilie. — **M. Darier.** Voici une jeune fille atteinte d'une éruption érythémato-bulleuse subaiguë à poussées successives et subintrantes. C'est un cas de dermatite de Duhring un peu fruste, en ce que les phénomènes douloureux ou prurigineux sont chez elle très atténués. J'ai tenu, à cette occasion, à contrôler les recherches de MM. Lerrede et Perrin relatives à la présence de cellules éosinophiles en nombre tout à fait anormal dans les lésions cutanées et dans le sang, au cours de cette maladie. Mes résultats sont, à cet égard, conformatifs des leurs.

La recherche des cellules éosinophiles dans le sang et dans les bulles est relativement facile. Si la constatation de MM. Lerrede et Perrin concorde avec celles d'autres observateurs, il y a là un moyen précieux de diagnostic pour la malade de Duhring.

Rapports de la dermatite de Duhring et de l'érythème polymorphe. — **M. Lerrede.** La communication de M. Darier me donne l'occasion, une fois de plus, de confirmer l'exactitude des caractères anatomiques que j'ai donnés, en 1895, de la maladie de Duhring. Ni dans le pemphigus, ni dans aucune maladie bulleuse, on ne rencontre les deux caractères dont la réunion définit la maladie de Duhring : éosinophilie de 8 à 33 pour 100, présence, dans les vésicules et les bulles non suppurées, de 40 à 90 pour 100 d'éosinophiles sur 100 leucocytes. Dans certains cas d'érythème polymorphe seulement, on les retrouve. L'existence de la dermatite herpétiforme aiguë admise par M. Brocq est ainsi vérifiée.

M. Besnier. La maladie de Duhring ne récidive pas fatalement. Je m'élève contre l'assertion d'Unna qui prétend que le diagnostic de la maladie de Duhring ne se fait qu'à la deuxième attaque. Nous avons, avec Brocq, affirmé le diagnostic de maladie de Duhring à la première attaque.

Sur un ulcère perforant du voile du palais. — **M. Darier.** Voici un malade qui, sous nos yeux, a fait, avec une rapidité insolite, et sans réaction locale, deux perforations du voile du palais. L'aspect local n'est pas celui de gommes : le malade n'a jamais eu de syphilis acquise et n'a pas de stigmates de syphilis héréditaire. A quoi attribuer ces lésions?

M. Du Castel. Pour moi, ce sont des gommes qui ont causé la perforation.

M. Barthélemy. On peut admettre, chez ce malade, une syphilis ignorée ancienne.

M. Feulard. La syphilis acquise de l'enfant est très fréquente et passe souvent ignorée.

M. Fournier. Le malade de M. Darier est vraiment extraordinaire. Si c'est de la syphilis qui cause ces perforations, j'avoue que c'est une syphilis que je ne connais pas. J'aime mieux dire que c'est une maladie qui m'est inconnue.

M. Barthélémy. Il s'agit peut être d'une gomme foudroyante. Le plus souvent, on ne voit pas l'ulcère se produire, ce qui fait qu'on peut hésiter dans l'interprétation de ce cas.

Des artérites syphilitiques rétiniennes avec thromboses consécutives. — **M. Galezowsky.** L'auteur conclut en disant qu'il existe trois variétés principales d'artérites syphilitiques rétiniennes.

1° L'artérite pariétale, ou péri-artérite, qui est due à une infiltration partielle de l'artère et entraine l'hémorrhagie;

2° L'artérite disséminée, capillaire, qui guérit;

3° L'oblitération complète, véritable endartérite thrombosique.

Syphilis cérébro-spinale; méningo-myélite cervicale supérieure. Deux ictus aphasiques. — **M. Fournier.** Il y a lieu de créer, à côté des autres types de syphilis médullaire, un type de *pachyméningite cervicale hypertrophique syphilitique* dont les caractères sont : 1° des douleurs intenses inter-scapulaires; 2° des troubles de motilité : marche hésitante, impossibilité de courir, signe de Romberg; 3° exagération des réflexes; 4° inégalité pupillaire.

M. Fournier présente une jeune femme qui réunit tous ces caractères.

Le calomel améliore-t-il le lupus? ou bien existe-t-il des pseudo-lupus syphilitiques? **M. Fournier.** Ces questions intéressantes sont soulevées par M. Fournier à l'occasion de la présentation d'une malade soignée à plusieurs reprises pour une affection dénommée lupus par les maîtres de l'hôpital Saint-Louis. Elle avait guéri, puis l'affection avait récidivé. Suspectant la syphilis, M. Fournier la soumet aux injections de calomel et la malade est améliorée très rapidement. S'agit-il de syphilis ou bien le lupus peut-il être amélioré par le calomel?

M. Barthélemy. Je pense qu'il y a là hybridité, qu'il s'agit d'une tuberculose greffée sur une syphilide, ce qui explique l'amélioration par le calomel.

M. Besnier. Je ne crois pas, dans ce cas, à l'hybridité. Je ne crois pas non plus à la syphilis, puisque la malade a déjà guéri plusieurs fois par les scarifications et les cautérisations.

Reste à savoir si les injections de calomel ont quelque action sur le lupus. Il n'est plus possible aujourd'hui d'affirmer que la syphilis seule subit une heureuse influence du mercure ou de l'iodure; d'autres maladies sont améliorées par ces médicaments. Le mieux est de recueillir des faits et, quand on nous aura présenté des malades atteints de lupus avant et après le traitement par le calomel, nous pourrons conclure.

Sur quelques préparations arsenicales et leur emploi en pathologie. — **M. Danlos.** M. Danlos a étudié trois préparations d'arsenic dans leur mode d'action sur le psoriasis; il les a vues agir efficacement à haute dose. Ces préparations ont été :

1° L'arsenic métalloïdique précipité, administré sous forme de mellite d'arsenic à 1 pour 100, et à la dose quotidienne de 15 à 30 centigrammes.

2° Le sulfure d'arsenic, qu'emploient habituellement les arsenicophages. Donné sous forme de mellite jaune à 1 pour 100, de 2 à 3 cuillerées à café par jour.

3° L'acide cacodylique ou acide arsenique diméthylique, soluble dans l'eau, et qui contient 54 pour 100 d'arsenic. M. Danlos l'a administré à l'intérieur à la dose de 25 centigrammes, et en injections intra-musculaires, à la dose de 5 et 10 centigrammes, sans voir survenir de phénomènes d'intoxication.

1. Voy. *Presse Médicale* n° 49, 17 Juin 1896, p. CCXLVII.

. **Motty**. J'ai donné l'arséniate de soude à la dose de t 15 centigrammes et même jusqu'à 3 décigrammes, s des cas de fièvre intermittente, et je m'en suis tou- s bien trouvé.

. **Besnier**. Je suis surpris de voir parler de quantité eille. Je ne puis croire qu'elles soient absorbées. que fois que j'ai essayé de forcer les doses, j'ai vu venir des phénomènes d'intoxication. Il y a, dans les s de MM. Danlos et Motty, quelque chose qui m'échappe.

. **Brocq**. J'ai, à ce sujet, la même opinion que Besnier.

Éléphantiasis des organes génitaux externes sécutif à l'ablation des ganglions lympha- ues inguinaux. — **M. Georges Brouardel** présente cas d'éléphantiasis des organes génitaux externes, ticulièrement intéressant au point de vue de la patho- ie de l'affection. La lésion a débuté trois mois après lation d'une double adénite inguinale suppurée; outre téguments, les testicules sont augmentés de volume, tout le testicule droit, et les vaginales contiennent du ide.

. **Darier**. Y a-t-il eu quelques phénomènes intermé- ires entre l'opération et l'éléphantia-is?

. **Brouardel**. Il y a eu, paraît-il, de la suppuration.

. **Du Castel**. Et probablement une affection antérieure la verge.

n cas de sclérodermie circonscrite affectant forme d'un placard, avec prolongements sous mes de stries anastomosées, vascularisées. — **Danlos**. Ce cas est survenu, il y a neuf mois, chez un ade qui ne présente pas d'autres altérations cutanées viscérales.

n cas d'éruption érythémato-bulleuse et croû- se de la face de nature indéterminée. — **. Gaucher et Barbe**. Il s'agit d'un malade de soixante s, qui présente sur la face une affection qui date de trois is, et se caractérise par des placards érythémateux, ec bulles et croûtes consécutives, sans qu'on puisse tacher cette affection au pemphigus, ni à l'eczéma, ni ne éruption médicamenteuse ou spécifique. Le malade lu myosis double et les réflexes diminués.

Sur un nouveau cas d'amélioration considérable durable d'un lupus par l'érysipèle.— MM. Hallo- au et G. Bureau. Dans une récente communication à la *ciété médicale des hôpitaux*, M. Thibierge a formulé conclusions suivantes : 1° personne n'a établi que ction de l'érysipèle ait amené la guérison définitive n lupus; 2° loin de chercher à provoquer sur le tégu- ent la rencontre du bacille de Koch et du streptocoque, doit l'éviter par tous les moyens possibles; l'appari- n de ce dernier peut être l'origine de lésions éléphan- sique qui, en s'ajoutant au lupus, superposent à une aladie rebelle une difformité non moins persistante et us gênante encore. En formulant, ces propositions, . Thibierge n'a pas eu présent à l'esprit un fait com- uniqué par l'un des auteurs à la Société de derma- logie; il s'agissait d'une malade complétement guérie epuis six ans d'un lupus par un érysipèle intercurrent; elle qui fait l'objet de cette communication reste très méliorée depuis qu'elle a contracté un érysipèle, il y a us de six mois : ces faits sont pleinement démonstra- fs pour ce qui est de l'état éléphantiasique que des rysipèles récidivants aurait amené chez la malade de . Thibierge; son interprétation est des plus contestables, ar il s'est agi, selon toute vraisemblance, non d'érysi- èles, mais bien de lymphangites.

M. Thibierge. Je crois qu'il n'y a pas besoin d'une éaction violente pour établir le diagnostic d'érysipèle t la distinction entre certaines lymphangites et l'érysi- èle me paraît factice. En admettant même que la ma- ade de M. Hallopeau est guérie, je dis que c'est faire ourir un grand danger à un malade atteint de lupus ue lui inoculer du streptocoque, car on ne sait jamais e que ce dernier fera plus tard.

M. Hallopeau. Il y a pourtant des lymphangites qui ne ont pas de l'érysipèle, quoiqu'on y puisse rencontrer le treptocoque.

M. Besnier. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on sait que 'érysipèle guérit certaines maladies, mais il est dange- eux de provoquer cet érysipèle, car l'érysipèle le plus énin d'un sujet, communiqué à un autre, peut être très grave chez ce dernier. J'en ai eu la démonstration la lus nette. Si l'on veut, enfin, résoudre la question de a curabilité du lupus par l'érysipèle, qu'on apporte donc es statistiques.

Sur un nouveau cas de pseudo-pelade proba- blement trophonévrotique. MM. Hallopeau et G. Bu- eau. Les auteurs, présentent une malade atteinte de lusieurs plaques d'alopécie avec canitie des cheveux ui repoussent sur plusieurs d'entre elles; la symétrie arfaite des lésions, l'achromatose au niveau des plaques, vec zone périphérique hyperpigmentée, la repousse de heveux vigoureux bien que privés de pigment et de lé- ers troubles de la sensibilité au niveau des parties alades sont en faveur d'une tropho-névrose et per- ettent d'éliminer la pelade vraie.

M. Sabouraud pense qu'il ne s'agit pas effectivement 'une pelade, à cause des caractères sur lesquels M. Hal- opeau a insisté.

Deux cas de dyshydrose. M. Gastou présente deux malades atteintes de dyshydrose. Chez la première, l'affec- ion a pris la forme typique dans les espaces interdigi- taux et a gagné la paume de la main, où elle se traduit par des bouquets de petites vésicules qui ne se trans- forment pas dans le cours de leur évolution et disparais- sent spontanément. Elle n'a pas d'hyperhydrose ni de signes manifestes de névropathie. L'affection est survenue, il y a deux ans, à la suite d'une peur, et procède par poussées estivales et hivernales.

La seconde malade a les paumes des mains couvertes d'éléments d'apparence syphiloïde formant des placards éruptifs analogues à la syphilis psoriasiforme. Mais, à côté de ces éléments, existent de grosses vésicules qui s'agglomèrent par places et de petites vésicules interdi- gitales.

Il n'y a aucun antécédent syphilitique; la malade a cette affection depuis douze ans, tous les étés; elle a une hyperhydrose intense; l'affection a débuté avec la menstruation.

Il existe chez elle une diminution nette de la sensibilité mais pas d'autres troubles nerveux.

L'histoire de ces malades montre, d'une part, combien le diagnostic de la dyshydrose est quelquefois difficile, l'eczéma, la syphilis, et, d'autre part, combien la patho- génie de l'affection est obscure, puisque l'une de ces malades a de l'hyperhydrose et l'autre n'en a jamais eu.

Présentation de quelques cas de lupus traités par les caustiques chimiques, et note sur cette méthode de traitement. — **M. Martinet** présente quelques malades atteints de lupus, aux différents stades du traitement par les caustiques, méthode jadis fort en honneur, aujourd'hui abandonnée, reprise et réglée par son maître, M. Tenneson, et qui ne lui paraît pas mériter le discrédit dans lequel elle est tombée. Pour lui, il n'y a pas, actuellement, de méthode spécifique contre le lupus; chaque méthode répond à des cas spéciaux, à des indications particulières qu'il convient de préciser.

La technique est la suivante : asepsie relative de la région par des pansements humides à demeure, curetage soigné des tubercules; application de pâte de Vienne, pendant 10 minutes, suivie ou non d'application de pâte de Canquoin, suivant que la région est plus ou moins riche en téguments; pansements humides à demeure jusqu'à com- plète cicatrisation.

Les résultats ont paru satisfaisants : la douleur est assez vive avec le Canquoin, la tuméfaction considé- rable de la région ne persiste pas plus de vingt-quatre à trente-six heures. L'eschare se détache du dixième au dix-huitième jour, et la cicatrisation est complète en un temps moyen de trois à cinq semaines.

La cicatrice est souple, lisse, non bridée, mais *à la condition expresse* que les malades conservent, *à de- meure*, après l'intervention, un *pansement humide occlu- sif*, les cicatrices hypertrophiques étant toujours consé- cutives à des inoculations secondaires. Le lupus, quand il récidive, se présente sous forme de tubercules lupiques isolés, justiciables de l'aiguille du galvano; elles sont d'ailleurs rares après l'application de la pâte de Can- quoin.

Les accidents, d'ailleurs exceptionnels (hémorrhagies, complications infectieuses locales, rétraction cicatri- cielles, etc.), sont facilement évitables par l'établissement précis des indications et surtout, par les soins consé- cutifs.

Les résultats sont particulièrement rapides et à oppo- ser aux lenteurs vraiment excessives du galvanocautère et des scarifications; une seule séance est nécessaire et la cicatrisation est complète en un ou deux mois. C'est donc, par excellence, une méthode de vitesse compa- rable, à tous égards, à la méthode d'extirpation par le bistouri de Lang, et non encore systématiquement tentée en France. Enfin, elle est d'un manuel opératoire simple, qui la met à la portée de tous les praticiens.

Les conclusions sont les suivantes :

Dans le lupus vulgaire, dans les formes à tubercules disséminés, solitaires, dans le lupus avoisinant le bord libre de paupières, dans le lupus des muqueuses, em- ployer les galvanocautère; dans tous les autres cas, employer les caustiques avec ou sans pâte de Canquoin; le Canquoin doit être proscrit dans les régions recou- vertes d'une faible couche de téguments (nez, doigts articulations, etc.).

Dans toutes les régions où l'épaisseur des parties molles est faible, au nez, à la face dorsale des doigts, au voisinage de certaines articulations superficielles, on proscrira la pâte de Canquoin dont la puissance des- tructive est trop grande; on se bornera à la méthode combinée de la pâte de Vienne, avec galvanopuncture consécutive.

Enfin, certains lupus, par leur étendue excessive, par leur généralisation défient, croyons-nous, tout traite- ment, aussi bien celui qui se base sur l'action des caus- tiques, que la galvanopuncture ou les scarifications.

En somme, la méthode des caustiques nous paraît précieuse à bien des égards. Elle est la méthode de choix, si nous nous plaçons dans les conditions de la pratique journalière, car elle nécessite une éducation technique bien inférieure à celles qu'exigent le galva- nocautère ou le scarificateur; le seul instrument utile, nous ne disons même pas indispensable, est une simple spatule de trousse; elle donne des résultats rapides, très rapides, avec un minimum de douleur; enfin, elle est parfaitement anodine, et, employée prudemment, met à l'abri de toute complication.

Rappelons cependant, pour être justes, que nous ne sommes nullement exclusifs, et que nous employons aussi, dans des cas déterminés, les autres méthodes de traitement, et nos conclusions seront les suivantes :

1° Dans le lupus érythémateux, avoir recours aux emplâtres mordants.

2° Dans le lupus vulgaire :

a) Employer le galvanocautère pour les formes à tubercules disséminés, solitaires, aberrants ou à plaques petites et multiples, pour le lupus avoisinant le bord libre de l'œil, pour le lupus des muqueuses,

b) Employer les caustiques, avec ou sans pâte de Can- quoin, pour toutes les autres formes. Le Canquoin doit être proscrit si la lésion est voisine de régions recou- vertes d'une faible couche de téguments (nez, doigts, articulations).

Et comme traitement dans les cas de cicatrisation lente, de tendance à l'ectropion, compléter par des greffes de Thiersch ou de Reverdin.

M. Besnier. Je répondrai simplement à cette commu- nication, qu'il ne faut jamais exposer les résultats d'une pratique thérapeutique nouvelle sans montrer le malade avant le traitement et après la guérison.

Syphilis maligne précoce. — **MM. Canuet** et **Ba- rasch** présentent une malade du service de M. Fournier, atteinte d'une éruption remarquablement polymorphe et confluente. Tout le corps est couvert d'éléments diffé- rents : papuleux, papulo-squameux, papulo-croûteux qui présentent surtout une grande confluence dans le dos, où il constituent de vastes placards croûteux. Les croûtes sont pénétrantes, comme enchâssées dans la peau. Le polymorphisme de ces éléments fait rejeter l'hypothèse d'accidents de tertiarisme. Malgré de telles lésions, l'état général est satisfaisant, il n'y a ni céphalée, ni douleurs articulaires, ni fièvre. L'accident initial reste ignoré, malgré une recherche minutieuse, mais l'adéno- pathie inguinale permet de penser à un chancre vul- vaire ayant débuté il y a quelques mois. Le facteur de gravité paraît être dû à l'alcoolisme avoué par la malade : on ne trouve ni tuberculose, ni paludisme, etc.

Syphilis maligne. — **M. Canuet** présente une ma- lade syphilitique, qui porte à la partie supérieure de chaque cuisse, une vaste syphilide ulcéreuse phagédé- nique. Les lésions sont remarquables par leur symétrie. Sur le reste du corps, on constate de nombreuses cica- trices de syphilides groupées en bouquets et dont la dis- position est également symétrique; aux épaules, aux coudes, les cicatrices sont, pour ainsi, dire identiques comme dessin et comme siège. La malade est très affai- blie; une iritis lui a fait perdre la vue d'un côté; en outre, elle présente une contracture toute particulière des muscles postérieurs de la cuisse; en effet, si l'on cherche à obtenir l'extension complète de la jambe sur la cuisse, on voit qu'il est impossible de dépasser la demi-flexion, et cela, sans qu'il y ait aucune lésion arti- culaire.

Sans vouloir insister sur le rapprochement à faire entre ces contractures et celles qu'on a signalées au biceps brachial de certains cas de syphilis, le fait devait être noté.

Ces accidents graves se sont montrés malgré un trai- tement sérieux.

Urticaire pigmentée. — **M. Eudlitz** présente une petite malade, âgée de trois ans, atteinte d'une éruption qu'il croit être une forme d'urticaire pigmentée. L'érup- tion a débuté, il y a un an, par des taches devenues rapidement pigmentaires, et dont quelques-unes sont légèrement papuleuses. Ces taches siègent sur le tronc et les membres supérieurs; c'est l'apparition de quelques éléments nouveaux sur la face et les bras, qui ont décidé la mère à consulter pour sa petite fille, dont la santé générale est d'ailleurs excellente.

M. Pringle pense qu'il s'agit bien d'un cas d'urticaire pigmentée; l'absence de prurit ne doit pas faire repousser ce diagnostic; son absence est fréquente dans les cas d'urticaire pigmentée.

Dermatite exfoliatrice d'origine mercurielle à la suite de pansements au sublimé. — **M. Eudlitz** présente une malade âgée de soixante et un an, atteinte d'une dermatite exfoliatrice généralisée d'origine mercu- rielle. Cette éruption est survenue à la suite de panse- ments au sublimé, qui avaient été faits à la malade pour un panaris du pouce droit datant de cinq semaines. L'éruption a débuté par la main, puis a gagné le bras. Elle a envahi actuellement les jambes, une partie de l'abdomen et du dos, ainsi que le cou et certains points de la face. La malade a de la séborrhée du cuir chevelu. Le diagnostic ne saurait faire de doute, car l'éruption présente les trois caractères décrits par M. Fournier dans l'hydrargyrie cutanée, à savoir : l'érythème, la des- quamation pure, le suintement. La bouche et le tube intestinal de la malade sont intacts, comme on le constate souvent dans les cas de ce genre.

P. Gastou.

A. Chipault. — *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1 vol. in-8°, avec 208 figures. Prix : 10 fr. (L. Bataille et Cie, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marretheux, 1, rue Cassette

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LUCHON (PYRÉNÉES)

Lymphatisme, Rhumatisme
Syphilis, Maladies de la Peau
Affections des Voies aériennes.
HUMAGE

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vita

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULE; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indique dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE. PHTISIE, ANÉMIE. Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phie MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

Dépôt à Paris : Phie BRUNSCHWIK, 10, Rue Richelieu *et dans toutes Pharmacies.*

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop à base d'algues marines, remplace avantageusement, *surtout pendant l'été,* l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables. C'est le reconstituant des enfants par excellence.

MOUCHES DE MILAN SPARADRAPÉES

Marque LP.M. (Le Perdriel)

Ces mouches de Milan ont sur celles du commerce l'avantage d'être mieux dosées et de supprimer toute manipulation au moment de l'application.

On les pose comme un vésicatoire ordinaire.

Bien exiger la Marque : LP.M.

LE PERDRIEL et Cie, PARIS

CONTRE Maux de gorge, Aphtes, Extinction de voix, Angine etc.

GARGARISME SEC du Dr WILLIAMS

UTILE aux Orateurs, Prédicateurs Chanteurs, Conférenciers, etc.

Ce Bonbon compose d'Extrait de mures et de roses rouges renferme 0,05 de Bi-Borate de Soude et 0,001 de Chlorhydrate de Cocaïne pur. — Il présente sur les gargarismes liquides l'immense avantage : 1° d'être très portatif et par conséquent de pouvoir être utilisé à tout moment et en tous lieux; 2° de rester plus longtemps en contact avec les parties malades et d'atteindre plus avant dans la gorge. Il tonifie les muqueuses, détergе les parties excoriées et calme les inflammations existantes.

DÉPÔT : *PHARMACIE NORMALE*, 19, Rue Drouot, PARIS.

TRAITEMENT INTENSIF DES

MALADIES de POITRINE et des VOIES RESPIRATOIRES

par les **CACHETS HÉRISÉ**

Tannate de Créosote iodoformée et Glycérophosphates.

Pharmacie HÉRISÉ, 21, Boulevard Rochechouart, PARIS.

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une a deux Dragees au debut des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette